

# A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica (\*)

MARIA JOSÉ GONÇALVES (\*\*)  
PEDRO CALDEIRA DA SILVA (\*\*)

A questão da classificação diagnóstica das perturbações mentais da criança e, mais especificamente, do lactente é alvo de controvérsia e debate. A prova disso está, por um lado, a diversidade de sistemas de classificação (Mazet, 1998), a que poderíamos chamar de «privados» (Rutter & Gould, 1985), dada a sua estreita ligação ao enquadramento teórico psicopatológico dos seus autores, de aplicação dificilmente generalizável. Por outro lado, demonstra-o a dificuldade em definir o «objecto de aplicação do diagnóstico» e em atingir um certo consenso para se tentar resolver o conflito entre psicopatologia e classificação diagnóstica (Guédénay, 1998).

De facto, um grande número de clínicos, e sobretudo os que têm formação psicanalítica e uma prática de orientação psicodinâmica, têm manifestado um certo desinteresse, mesmo uma resistência, em relação à aplicação de sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental infantil. As críticas principais baseiam-se na cons-

tatação da importância que as perturbações da relação têm no desencadear das perturbações psicopatológicas do bebé, no carácter sobretudo preventivo das intervenções e no facto de a orientação terapêutica depender bastante mais do funcionamento mental do bebé no quadro da sua relação com os pais do que das manifestações sintomáticas ou comportamentais que ele possa apresentar.

Do mesmo modo, dado o impacto emocional que o trabalho clínico com bebés tem sobre o terapeuta, o processo diagnóstico é muitas vezes considerado como uma resistência contra os afectos nele desencadeados pela situação clínica. Assim, este processo seria prejudicial à compreensão clínica e à evolução do caso, na medida em que impediria o acesso do terapeuta aos seus próprios afectos contra-transferenciais e portanto à compreensão da comunicação latente dos pacientes. Isto, de facto, pode passar-se, sobretudo nas situações em que a necessidade de classificar a perturbação se sobrepõe à necessidade de a compreender.

Outras dificuldades encontradas na aplicação e na escolha de classificações diagnósticas foram enunciadas por Guédénay (1998) e Mazet (1998). Arriscando, talvez, repetir algumas das

---

(\*) Este artigo foi publicado, com algumas modificações, em *Devenir*, 10 (1), 51-64. Traduzido e reproduzido com a gentil autorização de Editions Médecine et Hygiène.

(\*\*) Pedopsiquiatra.

suas ideias, propomo-nos descrever os passos que nos levaram:

1. A utilizar uma classificação diagnóstica
2. A escolher a DC 0-3 (Zero to Three, 1994)
3. A beneficiar com os novos contributos clínicos desta experiência.

#### 1. A UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

No contexto da política de organização de serviços de cuidados de saúde mental infantil, somos continuamente confrontados com um certo número de questões. Necessitamos, nomeadamente, de justificar a nossa existência como um serviço especializado de saúde mental da primeira infância, de definir as necessidades e estabelecer prioridades para o desenvolvimento de programas específicos, segundo a frequência ou a gravidade de determinadas perturbações.

Para além disso, o direito das crianças, não apenas a receber tratamento, mas também à protecção do Estado (tribunal, serviço social, política de adopções) depende da caracterização tão precisa quanto possível das perturbações e do risco.

Começamos por caracterizar resumidamente a população que nos procura. De 1997 a 2000, a UPI atendeu em primeira consulta 527 crianças até aos quatro anos, a sua grande maioria (67,2%) enviada por médicos, quer do Serviço Nacional de Saúde quer privados. A média de idades situa-se à volta dos 26 meses, com uma predominância de rapazes (2:1). O nível socio-económico apresenta uma distribuição quase normal, mas com um predomínio de famílias pertencendo às classes média e média-baixa, (67,7%) correspondendo às classes 3 e 4 do teste de Graffar (1956), modificado para a população portuguesa. Os motivos de consulta são dominados pelos problemas de comportamento (30,6%), seguindo-se os problemas relacionados com o ambiente e a parentalidade (14,2%), os problemas funcionais (de sono e alimentares) (13,1%), os atrasos de linguagem (11,6%), as manifestações de ansiedade (7,2%) e os problemas de socialização (6,8%).

No início da actividade da UPI, o nosso inte-

resse clínico estava focado nas perturbações da interacção e nas suas consequências para os bebés, mas à medida que a nossa actividade se desenvolveu, fomos sendo confrontados com uma maior diversidade de quadros clínicos que colocavam novas questões diagnósticas, de intervenção terapêutica mais variada e de avaliação mais difícil.

Com o objectivo de melhorar o nosso trabalho, a necessidade de sistematizar os nossos dados clínicos começou a fazer-se sentir de forma premente. De facto, sempre considerámos possível tratar de forma correcta os bebés e ajudar as famílias sem o recurso a um sistema de classificação diagnóstica. No entanto, parecia bem difícil avançar nos nossos conhecimentos através dos estudos de caso individual. A fim de podermos usar a nossa experiência de forma mais generalizada, ou de podermos comunicá-la a outros, era necessário realizar o esforço de organizar e sistematizar os dados clínicos num quadro nosográfico de referência específico e adaptado ao estudo clínico da psicopatologia do bebé.

Para além disso, os estudos catamnésicos e de follow-up, tão importantes para um melhor conhecimento da evolução e do prognóstico das perturbações mentais, só se podem efectuar dentro de um quadro diagnóstico de referência preciso.

Chegados a este ponto, pareceu-nos indispensável introduzir uma classificação diagnóstica na nossa prática clínica.

Naturalmente, a introdução de um sistema de classificação diagnóstica na prática clínica de uma equipa de orientação psicanalítica fez-se num processo recheado de hesitações em relação à escolha da classificação, bem como de resistências em relação à mudança epistemológica que este processo implica.

No entanto, ao longo destes 8 anos de experiência, percorremos um longo caminho, nomeadamente em relação à forma como encaramos a criança e a especificidade da sua perturbação, como avaliamos a eficácia das intervenções e no processo de decisão em relação ao desenvolvimento de programas terapêuticos.

Não temos, contudo, o sentimento de haver-mos perdido a nossa identidade de grupo, funcionando segundo um modelo psicodinâmico que privilegia a compreensão do sintoma no funcionamento psíquico da criança e na relação pais-

-criança, bem como a dimensão relacional da própria observação. Com efeito, a discussão de casos e os procedimentos clínicos habituais com que toda a equipa se identificava não sofreram alteração. Organizámos, no entanto, um tempo de reunião suplementar destinado à discussão diagnóstica com o duplo objectivo de proporcionar formação contínua neste domínio, por um lado, e a recolha e organização de dados, por outro.

Os resultados que atingimos, nomeadamente em relação à avaliação da nossa actividade clínica (Rodrigues et al., 1996), em que toda a equipa participou num esforço comum, contribuíram para o estabelecimento de uma nova fase no funcionamento do grupo. Podemos igualmente afirmar que a actividade diagnóstica sistemática acrescentou consistência ao nosso trabalho, ao nos fornecer novas perspectivas clínicas e ao alargar os nossos conhecimentos.

## 2. A ESCOLHA DA DC: 0-3

Começámos por desenvolver a nossa própria classificação privada, baseada, naturalmente, nos nossos pressupostos teóricos sobre a primeira infância. Abandonámos este processo rapidamente pois verificámos que cobria de forma bastante insuficiente o conjunto das perturbações clínicas e lhe faltava coerência.

De seguida, experimentámos outras classificações, sem melhores resultados. Em geral, os sistemas de classificação eram pouco equilibrados e pouco discriminatórios, focados sobre perturbações específicas, como o proposto por Justin Call (1983) centrado nas perturbações da vinculação, ou o proposto por Kreisler (1989), que considera a maioria das perturbações do bebé como perturbações psicossomáticas. A DSM III-R (APA, 1987) – e a sua sucessora, DSM IV (APA, 1994) – tinha-se mostrado totalmente inadequada, referindo-se a um número muito limitado de perturbações da primeira infância e sem ter em conta as especificidades desta idade.

Em Chicago, em 1993, aquando da realização do Congresso Mundial de Psiquiatria do Lactente, através de Robert Emde tomámos conhecimento do trabalho da *Diagnostic task-force* da NCCIP, actualmente Zero to Three: National Center for Infants Toddlers and Families (Oso-

fsky, 1998), organização não governamental Norte Americana de especialistas em saúde mental da primeira infância. Entusiasmados com a ideia, um de nós deslocou-se a Dallas em 1994, ao 9.º «Zero to Three National Training Institute», para se reunir com os membros deste grupo, melhor conhecer as suas propostas e discutir a possibilidade de utilizarmos esta classificação em Portugal e, eventualmente, na Europa.

Ao tomarmos conhecimento do sistema de classificação diagnóstica DC: 0-3, pareceu-nos que se tratava de um sistema que reunia as condições necessárias para se tornar a classificação de referência para a primeira infância, a ser usada por um grande número de diferentes profissionais, mesmo pertencendo a contextos culturais diferentes. Assim, a DC: 0-3 cobre de maneira bastante completa as perturbações psicopatológicas do bebé e é equilibrada, contemplando de forma mais ou menos equitativa os diferentes síndromas. Para além disso, esta classificação introduzia conceitos novos que pareciam não só úteis mas também necessários para a prática clínica (por ex., as Perturbações Regulatórias ou a Perturbações da Relação do Eixo II).

## 3. CONTRIBUIÇÕES CLÍNICAS

A introdução da DC: 0-3 na nossa prática, implicando um esforço considerável de adaptação ao novo método, provocou na equipa movimentos contraditórios de adesão e de recusa. As inevitáveis resistências à mudança puderam ser ultrapassadas à medida que os resultados práticos apareciam.

Com efeito, a DC: 0-3, com a introdução de novas categorias nosográficas, fez-nos modificar alguns dos nossos conceitos psicopatológicos. Assim, alguns conceitos pareceram ter perdido a sua utilidade, como o conceito de «simbiose», e outros diagnósticos ditos «do desenvolvimento» perdiam também o seu interesse, como as «perturbações da separação/individuação» ou a «psicose precoce».

Entretanto, a «vinculação», que estávamos acostumados a considerar como ligada aos processos psicológicos essenciais ao estabelecimento da relação de objecto, torna-se um conceito bastante mais limitado, ligado às condições externas vividas pelo bebé.

Por outro lado, as perturbações do afecto, nomeadamente a depressão infantil, com os seus critérios específicos, corresponderam a uma evidência clínica.

A ênfase colocada sobre a perturbação na criança (no Eixo I) e a discriminação de certas categorias, como as Perturbações Regulatórias, com os seus diferentes tipos, levaram-nos a estar bastante mais atentos às características específicas da criança, tais como a reactividade aos estímulos externos, a sua capacidade de integração da informação e de planear a acção, e também a um melhor detalhe nas suas manifestações sintomáticas. Assim, a DC: 0-3 permitiu-nos fazer uma separação mais clara entre a perturbação da criança (Eixo I) e a perturbação da relação (Eixo II), levando a uma identificação mais rigorosa dos factores etiopatogénicos ou pelo menos a definir melhor o papel de cada um destes factores.

No que diz respeito ao Eixo II, a separação entre os aspectos comportamentais, a tonalidade

afectiva e o envolvimento emocional dos pais introduz uma maior precisão na definição da perturbação.

O Eixo III é uma solução elegante, que integra a informação clínica obtida noutras especialidades ou relativamente ao desenvolvimento e dá oportunidade para outras intervenções terapêuticas.

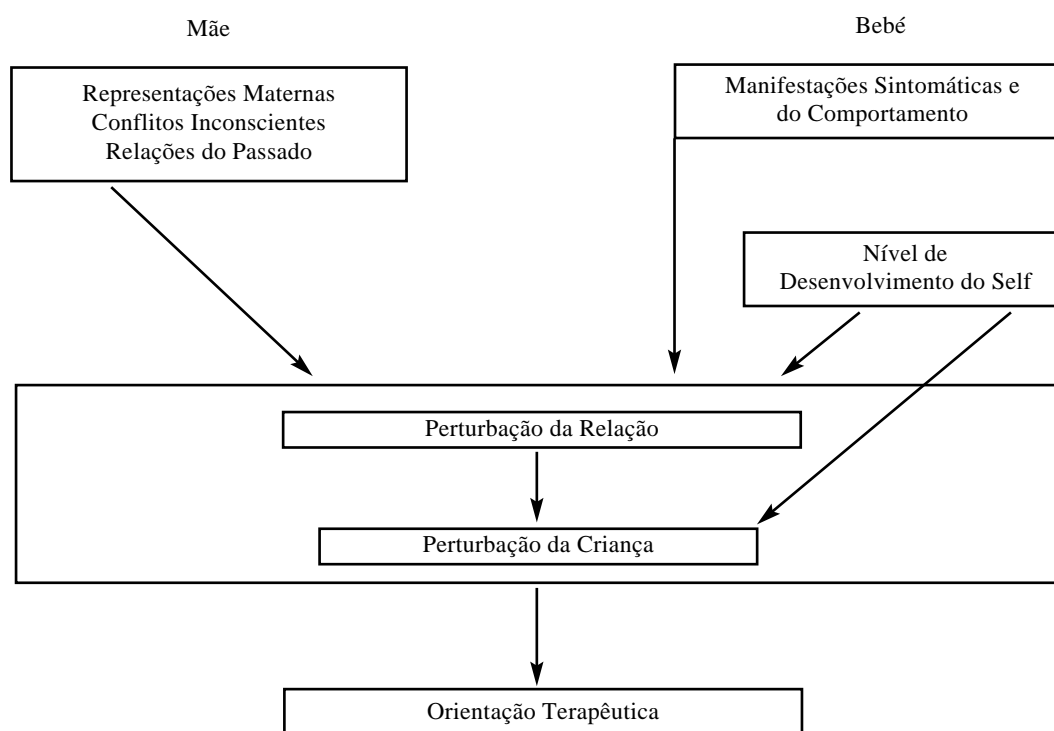
O Eixo IV permite a avaliação do impacto global do stress psicossocial. Mantém-se, por vezes a confusão entre factor de stress ou factor causal.

O Eixo V constituiu um meio para uma reflexão aprofundada sobre o nível de funcionamento da criança, se bem que nem sempre nos termos que nos são propostos pelos autores, como veremos mais à frente.

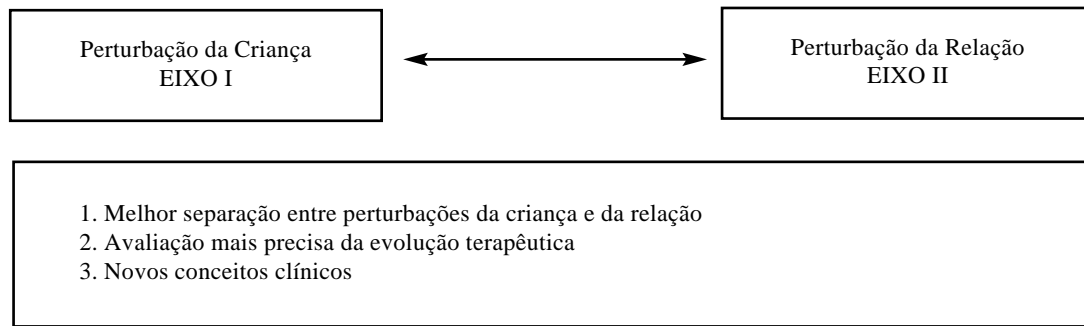
Com efeito, este sistema de classificação introduziu algumas mudanças na nossa maneira de pensar, mas não necessariamente na nossa maneira de proceder.

#### QUADRO 1

##### *Modelo Psicodinâmico de compreensão das perturbações mentais da primeira infância*



QUADRO 2  
*Sistema de Classificação DC: 0-3*



QUADRO 3  
*Distribuição Diagnóstica no Eixo I da DC: 0-3*

	n	%
Sem Diagnóstico	123	23,3%
Atraso de Desenvolvimento	41	7,8%
Perturbação de Stress Traumático	11	2,1%
Perturbação do Afecto	126	23,9%
Perturbação de Adaptação	27	5,1%
Perturbação Regulatória	31	5,9%
Perturbação do comportamento do Sono	7	1,3%
Perturbação do comportamento Alimentar	11	2,1%
Perturbação Multissistémica do Desenvolvimento	50	9,5%
Sem Diagnóstico devido à Idade	45	8,5%
Desconhecido/diferido	55	10,4%
Total	527	100,0%

Se bem que a utilização da DC: 0-3 tenha permitido ajustamentos terapêuticos através da clarificação que introduziu no nosso processo diagnóstico, conservámos o nosso modelo de avaliação e de compreensão clínica para definir os nossos objectivos terapêuticos (Quadro 1) e introduzimos este novo modelo nas avaliações terapêuticas e nos estudos catamnésicos (Quadro 2).

Assim, pudemos elaborar uma base de dados clínica do serviço, cuja distribuição diagnóstica nos Eixos I e II para os anos 1997 a 2000 é apresentada nos Quadros 3 e 4. Constata-se a existência de uma distribuição de diagnósticos por todas as categorias principais da DC: 0-3, com

particular importância para as Perturbações do Afecto (23,9%). De realçar o peso significativo das Perturbações Multissistémicas do Desenvolvimento (50 casos em 4 anos), patologia que confere um elevado grau de incapacidade para as crianças e para as famílias, frequentemente associada a uma evolução lenta, de prognóstico incerto e que exige uma intervenção intensiva com a mobilização de diversos recursos.

Constatamos igualmente que em cerca de 57% dos casos (n=301) existia um diagnóstico no Eixo II (Quadro 4), o que está de acordo com a indicação terapêutica mais frequente, a psicoterapia mãe/criança (Cordeiro, 1997).

QUADRO 4  
*Distribuição Diagnóstica no Eixo II da DC: 0-3*

	n	%
Sem Diagnóstico	226	42,9%
Com Diagnóstico	301	57,1%
Total	527	100,0%

Num estudo de avaliação da intervenção para identificar os factores que respondem melhor à nossa intervenção, a utilização da escala PIR-GAS de avaliação da relação pais/criança (que faz parte integrante da DC: 0-3) no início da intervenção e ao fim de 18 a 24 meses, permitiu-nos verificar que as boas evoluções nas relações (uma cotação diferencial superior a 20) estavam associadas de forma significativa com a mais baixa idade da criança (inferior a 24 meses) no início do tratamento ( $p=0,012$ ) (Cordeiro, 1997).

#### 4. DIFICULDADES E SOLUÇÕES ENCONTRADAS NA APLICAÇÃO DA DC: 0-3

Aquando da aplicação e discussão da DC: 0-3, surgiram alguns problemas resultantes das limitações ligadas aos critérios diagnósticos (Caldeira da Silva, 1996; Cordeiro, 1996).

Começamos por um certo desequilíbrio em relação ao detalhe com que são descritas algumas categorias no Eixo I.

1. As Perturbações da Ansiedade abrangem, em nossa opinião, um grupo muito vasto de manifestações clínicas e os seus critérios não descrevem de forma suficiente nem a intensidade, nem a qualidade da ansiedade. O tipo de ansiedade está, não apenas muito ligado ao nível de desenvolvimento psíquico da criança, mas também as suas manifestações fenomenológicas variam com a idade, a intensidade e os mecanismos de defesa postos em marcha (ao nível do corpo, do pensamento ou do comportamento).

Assim, do mesmo modo que há subcategorias para as Perturbações do Humor, parece-nos que seria útil poder distinguir entre diferentes tipos de Perturbação da Ansiedade.

**Exemplo Clínico:** A Sara é uma menina com uma anorexia, com vômitos quando é forçada e uma severa selectividade alimentar. Os pais, preocupados com a perturbação alimentar, consideravam que, de resto, a sua filha tinha um bom desenvolvimento. A Sara é uma menina muito magra, pálida e frágil e que parece mais um menino do que uma menina. Mostra-se triste e inibida mas está muito atenta e vigilante. Evita notoriamente o contacto com a mãe. Esta, pouco simpática, parece muito rígida e bastante fria, demonstrando um certo agastamento face às dificuldades da filha. Submetia-a a uma rotina pouco adaptada à sua idade e impedia a sua socialização com outras crianças. Apesar de a Sara passar o dia todo com a mãe, é o pai que se encarrega das refeições, da sua higiene ou de a levar a passear.

É o pai que a traz às sessões de terapia, dada a recusa da mãe em aceitar o tratamento. As dificuldades da Sara manifestaram-se muito rapidamente durante as sessões. Apesar de um nível intelectual elevado, era incapaz de organizar um jogo simbólico, confundindo fantasia e realidade ou limitava a sua actividade à imitação do jogo da terapeuta. O discurso tornava-se por vezes incoerente e repetia fora de contexto frases que certamente teria ouvido aos seus pais. Por vezes ficava muito excitada sem poder controlar as suas emoções.

Pareceu-nos que a ansiedade desta criança era muito profunda, devido a um sentimento de coesão insuficiente do self, o que lhe originava perturbações do sentido da realidade e do pensamento. Neste caso, considerámos o diagnóstico de Perturbação da Ansiedade, que nos pareceu, no entanto, insuficiente. Seria necessário distinguir estes casos de outras situações em que as

manifestações de ansiedade são de outra ordem totalmente diferente, que vão mais no sentido da intensidade da ansiedade manifesta (os medos, as dificuldades de sono, a ansiedade de separação), como veremos noutro exemplo.

2. As Perturbações Regulatórias, que são uma das mais importantes inovações desta classificação diagnóstica, levantam igualmente algumas dificuldades, tanto mais que os instrumentos que podem confirmar a existência destas perturbações estão ainda em fase de desenvolvimento.

No entanto, à medida que nos fomos familiarizando com o sistema, este tornou-se mais integrado e útil na nossa prática. Neste movimento de aproximação da classificação à clínica, fomos apercebendo que num número significativo de crianças, em que as Perturbações do Afecto eram consideradas pelos técnicos como a perturbação dominante, parecia possível presumir no seu passado ou identificar na observação Perturbações Regulatórias associadas.

Face ao dilema sobre qual o objecto principal da atenção clínica (a Perturbação do Afecto) e o que, em termos do diagnóstico, deveria receber precedência (a Perturbação Regulatória), escolhemos utilizar um diagnóstico conjunto, isto é, um diagnóstico de co-morbilidade.

Assim, na decisão terapêutica privilegiamos o diagnóstico principal, a Perturbação do Afecto, não deixando de ter em conta a perturbação regulatória e a sua influência na organização da experiência, sem, no entanto, multiplicar as intervenções terapêuticas.

Coloca-se igualmente a questão da idade da criança na altura em que se propõe o diagnóstico de Perturbação Regulatória. Em crianças mais velhas, mesmo quando tiveram dificuldades precoces de regulação, os sintomas possuem uma dimensão mental e reflectem a reacção ao sofrimento ou à sua dificuldade em responder aos novos desafios do desenvolvimento.

Estas questões levantam o problema da génese das Perturbações do Afecto. A utilização do conceito de co-morbilidade contorna a questão, a qual não deixa, no entanto de persistir.

**Vejamos o exemplo de Vera:** Aos 21 meses tem uma anorexia importante, tendo sido observada pela primeira vez. Trata-se de uma menina frágil, alerta e aparentemente muito independen-

te, satisfeita por poder jogar e explorar o ambiente, mas guardando uma certa distância em relação ao adulto.

A mãe conta que Vera foi uma bebé muito irritável, difícil de acalmar, hiper-reactiva aos sons súbitos ou muito intensos e às mudanças de posição. Tinha dificuldades alimentares e do sono e era uma bebé muito séria, com reacções ao estranho intensas.

A avaliação mostra uma menina inteligente, muito hábil do ponto de vista da motricidade fina, com boas capacidades de linguagem, de atenção e de socialização.

A mãe era afectuosa e empática, um pouco permissiva demais, o que escondia a sua dificuldade em estabelecer uma relação de intimidade com a sua filha. Preferia estimular a autonomia da criança, já um pouco demasiado em avanço. As perturbações regulatórias precoces de Vera pareciam ter sido ultrapassadas, a perturbação alimentar desapareceu bastante rapidamente e a mãe recebeu apoio na relação com a sua filha.

Aos 3 anos, Vera começa com medos intensos e generalizados em relação a situações novas e às mudanças, a espaços ou pessoas novas. Fica colada aos pais, em grande sofrimento e demora um tempo considerável a recuperar destas crises. Tem pesadelos e reacções de pânico súbitas e começa a isolar-se.

Poderíamos classificar esta perturbação como uma Perturbação Regulatória. Mas pareceu-nos que os sintomas de Vera reflectem sobretudo a incapacidade de a criança resolver a ansiedade ligada ao desenvolvimento psico-sexual no contexto do seu conflito edipiano. A perturbação regulatória teve certamente consequências importantes para a qualidade da organização da experiência da criança e certamente influenciou as manifestações sintomáticas. Assim, citando Stanley Greenspan (1993), nós temos tendência a considerar «as perturbações regulatórias como padrões de risco intermediário para os sintomas e as perturbações mais tardias».

Uma vez mais, o nosso diagnóstico principal foi o de Perturbação da Ansiedade, uma vez que esta era a nossa principal preocupação clínica, e a perturbação regulatória foi considerada como co-morbilidade.

Em nossa opinião, estes dois exemplos ilustram bem a necessidade de considerar a co-mor-

bilidade e de estabelecer uma melhor discriminação das Perturbações da Ansiedade.

3. Falta-nos ainda acrescentar que no Eixo I, aquelas que são apelidadas de categorias residuais (a Perturbação do Comportamento Alimentar e a Perturbação do Comportamento do Sono) definem-se sobretudo por critérios de exclusão, o que é manifestamente insuficiente para a identificação do síndrome. No entanto, o peso deste tipo de sintomas justifica a sua existência, sendo certo que algumas vezes recorremos ao conceito de co-morbilidade na sua utilização.

O Eixo II revelou-se de uma grande utilidade clínica mas os problemas surgiram em relação às três dimensões da perturbação relacional. A DC: 0-3, sugere que a qualidade comportamental da relação, uma vez que é mais objectivável, seja o factor determinante do diagnóstico. No entanto, para a compreensão clínica e para a orientação terapêutica, as outras duas dimensões são cruciais e tem acontecido que os diagnósticos nas três dimensões não coincidem. Assim, considerando que as três dimensões contêm informação clínica relevante, nós preferimos classificar e registar cada dimensão separadamente. Isto difere do conceito de Perturbação Mista, que implica variações na qualidade da relação ao longo do tempo e segundo os contextos.

O Eixo V tem-se revelado de aplicação difícil na prática clínica para a maioria dos casos. Os seus diferentes níveis parecem dar pouca informação quer para o diagnóstico, quer para a avaliação do tratamento. Um de nós observou que a utilização da escala do nível funcional de desenvolvimento emocional é de grande utilidade nos casos de Perturbações da Relação e da Comunicação, que são tratados através da abordagem Floor-time (Greenspan, 1992), uma vez que permite identificar e aferir o nível da intervenção do terapeuta em relação ao nível de funcionamento da criança (ver artigo neste volume sobre o modelo DIR). O Eixo V não tem sido, portanto, utilizado de maneira sistemática na nossa equipa.

## 5. CONCLUSÕES

A nossa experiência tem mostrado que a utilização de uma classificação diagnóstica é indispensável para o desenvolvimento e o aprofunda-

mento das nossas discussões sobre a clínica psicopatológica da primeira infância. O sistema de classificação DC: 0-3 parece adaptar-se bem às necessidades clínicas da nossa especialidade (Caldeira da Silva, 1996). Com o objectivo de se obter um maior consenso e uma maior comunicação entre os profissionais, há toda a vantagem em divulgar esta classificação. Apenas a sua utilização na prática permite uma maior proximidade entre classificação e psicopatologia e poderá dar lugar a discussões frutuosas entre diferentes equipas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA – American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Washington, DC.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, International Version, Washington, DC.
- Caldeira da Silva, P. (1996). *General issues in clinical use of DC: 0-3*. Trabalho não publicado. Workshop on Diagnostic Classification, 6.º Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental do Lactente, Tampere.
- Call, J. D. (1983). Towards a nosology of psychiatric disorders. In J. D. Call, E. Galenson, & R. I. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cordeiro, M. J. (1997). *The clinical use of DC 0-3 in a cross cultural perspective*. Trabalho não publicado. Comunicação oral. 11th Zero to Three National Training Institute. Washington, DC.
- Cordeiro, M. J. (1997). Treating infants and mothers in psychic distress: a mental health program for infancy. *Infant Mental Health Journal*, 18, 145-157.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale – échantillons de population. *Courrier*, 6, 445-459.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (1993). Regulatory disorders. In C. Zeanah Jr. (Ed.), *Infant mental health*. New York: The Guilford Press.
- Greenspan, S. I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International University Press.
- Guédeney, A. (1998). Les enjeux d'une classification et ses liens à la psychopathologie chez le jeune enfant. *Devenir*, 10 (1), 17-25.
- Kreisler, L. (1989). Sémiologie et classification en psychiatrie du jeune enfant. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psychopathologie du bébé*. Paris: Presse Universitaires de France.



- Mazet, Ph. (1998). L'intérêt clinique d'une classification des troubles du nourrisson. *Devenir*, 10 (1), 77-87.
- Osofsky, J., & Fenichel, E. (1998). La classification diagnostique des troubles de santé mentale du nourrisson et du jeune enfant (DC : 0-3). L'histoire de son développement. *Devenir*, 10 (1), 27-33.
- Rodrigues, E., Marques, C., Caldeira da Silva, P., Nascimento, M. J., & Cordeiro M. J. (1996). *Evaluation of therapeutic intervention in an out-patient infant mental health service*. Trabalho não publicado. Comunicação oral. 6.º Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental do Lactente, Tampere.
- Rutter, M., & Gould, M. (1985). Classification. In M. Rutter, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry – Modern approaches*, 2nd ed. London: Blackwell Scientific Publications.
- Thomas, J., & Harmon, R. (1998). La classification diagnostique des troubles de santé mentale du nourrisson et du jeune enfant. *Devenir*, 10 (1), 35-55.
- Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Arlington, VA.

## RESUMO

A utilização de sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental da primeira infância é um assunto controverso. A partir da sua experiência clínica, os autores descrevem o processo que os levou à escolha da DC: 0-3. Descreve-se o contributo deste sistema de classificação para a prática clínica, assim como os resultados obtidos. Discute-se as vantagens e dificuldades na utilização dos diferentes eixos da DC: 0-3 com a ajuda de vinhetas clínicas.

*Palavras-chave:* Classificação diagnóstica, primeira infância, prática clínica.

## ABSTRACT

The use of diagnostic classifications in infancy and early childhood clinical practice is a controversial issue. Based on their clinical experience, the authors describe the steps that led them towards selecting DC: 0-3 as a reference framework. The new inputs brought from this framework to clinical practice, as well as results from its application are presented. Some advantages and pitfalls of the practical usage of the different axes of DC: 0-3 are discussed, with reference to clinical vignettes.

*Key words:* Diagnostic classification, infancy, clinical practice.